Stanowisko Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Województwie Małopolskim z dnia 19 lutego 2020 roku w sprawie reformy służby zdrowia w odniesieniu do sytuacji w województwie małopolskim

Aktualna sytuacja w polskiej ochronie zdrowia jest wynikiem wieloletnich zaniedbań oraz braku od dwóch dziesięcioleci spójnej, trwałej i ponad politycznej strategii.

Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego (WRDS) w Województwie Małopolskim uważa za słuszne dążenie do **skoordynowanego lecznictwa**. Na sprawność funkcjonowania systemu składa się przede wszystkim spójne działanie: lecznictwa stacjonarnego, ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego, rehabilitacji medycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego. Taki model ułatwia pacjentowi poruszanie się w obrębie systemu, podnosi efektywność leczenia, ogranicza zbędne koszty. Sprzyja temu wdrożenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym uznaje się za wskazane dalsze wzmacnianie koordynacji między lecznictwem stacjonarnym, a ambulatoryjnym.

Niezmiernie kluczowym ogniwem w modelu skoordynowanego lecznictwa jest **podstawowa opieka medyczna**. To właśnie tutaj najczęściej opieka skupia się na największych problemach zdrowotnych populacji wprowadzając tzw. „zarządzanie chorobą", kieruje się na konsultacje specjalistyczne, prowadzi się wczesną i ciągłą ocenę stanu zdrowia podopiecznego na podstawie tzw. bilansu zdrowia, stratyfikując osoby w dalszej kolejności do grup zarządzanych w zależności od stanu zdrowia, prowadzi się aktywną profilaktykę. Sprawne współdziałanie między POZ, a lecznictwem specjalistycznym, szpitalnym czy rehabilitacyjnym, a także z instytucjami opieki społecznej, to klucz do poprawy dostępności do leczenia, a także jego efektywności. Wdrożony program pilotażowy NFZ i Banku Światowego pod nazwą POZ Plus może być istotnym przyczynkiem do usprawnienia funkcjonowania systemu.

Niezbędny jest też **powszechny, elektroniczny system informacji** o pacjencie, która byłaby dostępna dla każdego świadczeniodawcy. Tylko w pełni ucyfrowione dane mogą być bazą do prowadzenia zaawansowanych analiz big datę i wniosków służących lepszej, skutecznej i efektywnej opieki medycznej. Cyfryzacja ułatwia także wymianę danych pomiędzy podmiotami, często zastępuje konieczność osobistej wizyty w podmiotach leczniczych, zwalniając miejsce w zawsze ograniczonym systemie - bardziej potrzebującym. Umożliwia wdrażanie telemedycyny, w tym telekonsultacji.

Zjawisko **redukcji łóżek szpitalnych**, które wystąpiło na przełomie 2018 i 2019r., zwłaszcza w obrębie sieci szpitali okazało się na tyle poważne, żeby objąć bieżącym monitoringiem wskaźniki wykorzystania łóżek pod kątem utrzymywania niezbędnych rezerw oraz by rozpatrzyć możliwości wdrożenia mechanizmów stymulujących (np. zachęty ekonomiczne).

Rehabilitacja lecznicza, to ważny fragment służby zdrowia, a długie kolejki oczekujących, to problem ciągle nierozwiązany, zwłaszcza że po wprowadzeniu szczególnych uprawnień dla osób z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności uległa pogorszeniu sytuacja pacjentów bez takiego orzeczenia. Dla nich ograniczenie dostępności do rehabilitacji skutkuje przedłużającym się okresem niesprawności czy wręcz pozbawieniem szans na pełny powrót do zdrowia. Niezbędny jest znaczny wzrost nakładów na rehabilitację leczniczą w celu zwiększenia ilości udzielanych świadczeń.

Lecznictwo psychiatryczne od dziesięcioleci znajduje się w permanentnym kryzysie. Dlatego wdrożenie pilotażu reformy w tym zakresie jest bardzo cennym i dającym nadzieję na poprawę działaniem. WRDS w Województwie Małopolskim uznaje słuszność kierunków reformy lecznictwa psychiatrycznego, zwłaszcza w zakresie zwiększonej koordynacji w procesie leczenia między różnymi rodzajami placówek terapeutycznych, a także z instytucjami wsparcia społecznego.

Wdrożony trzyletni pilotaż powinien być gwarantem uniknięcia niepożądanych skutków zmian, w tym dotyczących niestabilnej pozycji podwykonawców i pokusy „oszczędzania" kosztem jakości i intensywności świadczeń. Niezbędna jest stymulacja w kierunku zwiększenia zasobów kadrowych w różnych zawodach występujących w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień. WRDS w Województwie Małopolskim dostrzega potrzebę cyklicznej informacji i dyskusji o przebiegu pilotażu w ramach instytucji dialogu społecznego (Rada Dialogu Społecznego, Zespół Trójstronny przy Ministerstwie Zdrowia).

Na kompleksową reformę nadal, w sytuacji lawinowo narastających zachorowań, oczekuje leczenie psychiatryczne i uzależnień dzieci i młodzieży. Potrzebne są także działania ukierunkowane na ograniczenie deficytu kadr, szczególnie dotkliwego w tej dziedzinie medycyny.

Zapobieganie i leczenie chorób zakaźnych wymaga stałego utrzymywania bazy leczniczej, nawet wówczas, gdy zachorowalność jest niewielka. Dlatego przypadki redukcji łóżek szpitalnych w oddziałach - zakaźnych, zwłaszcza w obrębie sieci szpitali, powinny być każdorazowo wnikliwie analizowane, by nie doszło do przekroczenia bezpiecznych granic.

Wśród chorób zakaźnych na szczególną uwagę zasługuje rozprzestrzeniająca się aktualnie odra. Słuszna jest inicjatywa wprowadzenia obligatoryjnych szczepień dla dorosłych, którzy nie chorowali i nie byli szczepieni na odrę, a bezwzględnie zasada ta powinna dotyczyć pracowników medycznych oraz pracujących
w kontakcie z dziećmi.

Niebezpieczna jest też gruźlica, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy z lekowrażliwej przeobraża się w lekooporną. Dlatego należy bezwzględnie stosować procedury lecznicze pozwalające uniknąć tego zagrożenia. Ponieważ (podobnie jak w przypadku odry) ogniskiem zapalnym gruźlicy w naszej części Europy jest Ukraina, niezbędna jest pomoc w zwalczaniu choroby w tym kraju, by nie następowało jej przenikanie do Polski. Istnieje także potrzeba wdrożenia działań zapobiegawczych w postaci szczepień lub badan kontrolnych przed przyjęciem na studia lub do pracy obcokrajowców z krajów o najwyższym współczynniku zapadalności, programów profilaktycznych dla szkół czy szczepień ochronnych dla personelu medycznego.

Duży problem Małopolski, to także narastająca borelioza, należy więc intensyfikować kampanie uświadamiające zagrożenie oraz sposób postępowania w przypadku podejrzenia zarażenia.

W zakresie zakażeń wewnątrzszpitalnych następuje sukcesywne podejmowanie działań zapobiegawczych, ale sytuacja nadal nie jest zadowalająca. Potrzebne są zwłaszcza działania ukierunkowane na poprawę rozpoznawalności tych zakażeń i na upowszechnianie optymalnego ordynowania leczenia antybiotykami. Na uznanie zasługuje powołanie Wojewódzkiego Zespołu do spraw Monitorowania i Zwalczania Zakażeń Patogenami Opornymi na Antybiotyki Kluczowe dla Leczenia w podmiotach leczniczych województwa małopolskiego.

W **ratownictwie medycznym** narasta problem z pozyskaniem do pracy lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach. W celu zapobieżenia temu zjawisku należy:
zwiększyć finansowanie (stawka za dobo karetkę), co pozwoli m. in. stosować wobec lekarzy zachęty finansowe do pracy w ratownictwie,
powrócić do poprzednich wymogów kwalifikacyjnych dla lekarzy specjalistycznych zespołów wyjazdowych lub częściowo złagodzić obecne wymogi,
wprowadzić do programów stażów specjalizacyjnych staż w zespołach ratownictwa medycznego.
W związku z koncepcją umiejscowienia dyspozytorni medycznych w strukturze Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego pojawia się niepokój w środowisku. Istnieje więc potrzeba przeprowadzenia konsultacji społecznych dotyczących tej koncepcji.

Zorganizowanie sprawnej **opieki nad osobami starszymi**, to bardzo ważne zadanie na najbliższy czas. WRDS w Województwie Małopolskim pozytywnie ocenia podjęcie inicjatywy ustawowego uregulowania form opieki nad osobami w wielu starczym, zwłaszcza że inicjatywa ta wychodzi naprzeciw bardzo ważnym wyzwaniom w związku z prognozami demograficznymi i przemianami społeczno-kulturowymi. Niewątpliwie kompleksowy charakter zmian i wprowadzenie skoordynowanej opieki nad seniorem jest kierunkiem bardzo pożądanym, a zmiany muszą znacznie wykraczać poza sferę samej służby zdrowia i ściśle korelować ze zmianami w obrębie opieki społecznej. Po raz kolejny uwidacznia się potrzeba spójności rozwiązań w obrębie tych dwóch rozłączonych resortów.

Dla sprawnego funkcjonowania służby zdrowia niebagatelne są **uwarunkowania ekonomiczne**. Nadal problemem jest niedofinansowanie systemu, choć wprowadzenie ustawowej gwarancji wzrostu środków do 6% PKB powinno znacznie poprawić sytuację. Pozostaje także do rozwiązania utrzymujący się od wielu lat problem braku równowagi w poziomie finansowania różnych rodzajów działalności leczniczej. Szpitale w sieci, które z założenia miały mieć charakter stabilny, nie osiągną prawdziwej stabilności przy utrzymującym się niedoborze środków. Dlatego krokiem w dobrym kierunku jest zwiększanie ryczałtu szpitalnego. Sytuacja finansowa podmiotów leczniczych determinuje ich zdolność do zabezpieczania potrzeb zdrowotnych, a przy wielości i różnorodności podmiotów tworzących słabością systemu jest niewątpliwie brak możliwości monitorowania zobowiązań finansowych sp zoz-ów na poziomie województwa.

Kluczowym zagadnieniem **polityki kadrowej** jest przeciwdziałanie deficytom. Dlatego pozytywnie ocenia się sukcesywne zwiększanie w Polsce od kilku lat liczby miejsc na studiach medycznych, zwłaszcza lekarskich, choć niestety w Małopolsce ten proces nie następuje. Zadaniem dla samorządów lokalnych powinno być wdrażanie zachęt (np. stypendia, mieszkania) już na poziomie studiów, aby po ich ukończeniu absolwenci podejmowali pracę w małopolskich placówkach. Słusznym jest też kierunek zmian mających ograniczyć deficyt strukturalny. Racjonalizacja wykorzystania kadr medycznych ma polegać na powierzaniu im tylko takich czynności, jakich nie mogą wykonywać osoby o niższych kwalifikacjach. Należy szczególną uwagę zwrócić na tzw. nowe zawody medyczne (około medyczne), jak asystent medyczny, opiekun osób starszych czy koordynator opieki w POZ. Ważne jest też kształcenie kadr medycznych w zakresie nowych kompetencji, w tym cyfrowych.

Proces ten powinien następować stosunkowo szybko, choć w niektórych miejscach zauważalny jest opór środowiskowy. Ponadto hamulcem dla tego procesu jest praktyka wyznaczania minimalnych norm zatrudnienia wyłącznie dla wybranych grup pracowniczych (lekarze, pielęgniarki i położne) bez uwzględnienia istnienia bądź braku personelu pomocniczego. Nadal utrzymują się wielkie dysproporcje między wynagrodzeniami różnych grup pracowników w służbie zdrowia. Są one zarzewiem poważnych i długotrwałych konfliktów w środowisku, co niewątpliwie negatywnie wpływa na sprawność działania zespołów medycznych. Wprowadzenie w życie zasady sprawiedliwości społecznej poprzez doprowadzenie do zrównoważonego wzrostu wynagrodzeń powinno być celem do realizacji na najbliższy czas. Dlatego należy dążyć do nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w kierunku:
ustalenia współczynników pracy dla wszystkich pracowników służby zdrowia,
wprowadzenia racjonalnie uzasadnionych relacji między wysokością współczynników pracy dla poszczególnych grup zawodowych,
nadania ustawie charakteru trwałego, systemowego rozwiązania.

Rozważyć też należy odejście od praktyki dedykowania przez NFZ „znaczonych" środków finansowych na wynagrodzenia niektórych grup zawodowych.

Wskazana lista problemów nie wyczerpuje wszystkich aspektów działalności służby zdrowia wymagających poprawy. Nie da się także uzyskać w pełni satysfakcjonujących wyników reformy

w krótkim czasie. Gruntowna naprawa systemu wymaga wieloletnich konsekwentnych działań, odizolowanych od bieżących sporów politycznych.

Przewodnicząca
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego
w Województwie Małopolskim

Grażyna Gaj